

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA - CHOROBA

NUMERY POLIS ORAZ NAZWY UBEZPIECZEŃ

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

DANE UBEZPIEZAJĄCEGO

NAZWISKO / NAZWA FIRMY

IMIĘ / NAZWA FIRMY

NUMER PESEL

SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

DANE UPRAWNIONEGO, ADRES KORESPONDENCYJNY

NAZWISKO

IMIĘ

NUMER PESEL

SERIA I NUMER DOK. TOŻSAMOŚCI

TELEFON KONTAKTOWY

ULICA

NR DOMU

NR MIESZK.

KOD POCZTOWY

MIEJSCOWOŚĆ

ADRES EMAIL

DANE UBEZPIECZONEGO (JEŻELI JEST INNY OD UBEZPIEZAJĄCEGO / UPRAWNIONEGO / POSZKODOWANEGO)

NAZWISKO

IMIĘ

NUMER PESEL

SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

DANE POSZKODOWANEGO (JEŻELI JEST INNY OD UBEZPIEZAJĄCEGO / UPRAWNIONEGO / UBEZPIECZONEGO)

NAZWISKO

IMIĘ

NUMER PESEL

SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

TYP ROSZCZENIA (PROSZĘ ZAZNACZYĆ „X” WŁĄŚCIWY TYP ROSZCZENIA W ZALEŻNOŚCI OD POSIADANYCH OPCJI)

- | | | |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> POWAŻNE ZACHOROWANIE | <input type="checkbox"/> LECZENIE SZPITALNE (DOT. UBEZP. GRUPOWEGO) | <input type="checkbox"/> UBEZPIECZENIE SKŁADKI |
| <input type="checkbox"/> POWAŻNE ZACHOROWANIE MAŁŻONKA | <input type="checkbox"/> TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY | <input type="checkbox"/> ZAKAŻENIE WIRUSEM HIV |
| <input type="checkbox"/> POWAŻNE ZACHOROWANIE DZIECKA | <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACJA (DOT. UBEZPIECZENIA NA ZDROWIE, ZDROWE ŻYCIE) | |

DATA I GODZINA ZDARZENIA, POSTAWIONEGO ROZPOZNANIA

W DNIU .., O GODZINIE :

POLECENIE WYPŁATY. JEŚLI ŚWIADCZENIE ZOSTANIE PRYZNANE, PROSZĘ O PRZEKAZANIE NALEŻNEJ KWOTY:

PRZELEWEM NA KONTO, NUMER:

DANE WŁAŚCICIELA KONTA, JEŻELI JEST INNY OD UPRAWNIONEGO (IMIĘ, NAZWISKO, NAZWA ORAZ ADRES)

* WYPŁATĄ GOTÓWKOWĄ (ODBIÓR W WYBRANYM ODDZIALE BANKU PEKAO SA, PO OKAZANIU DOWODU OSOBISTEGO, W CIĄGU 14 DNI OD PRZEKAZANIA ŚRODKÓW PRZEZ TOWARZYSTWO) *NIE DOTYCZY POLIS ROZSĄDNY PARTNER 1, 2; GRONO, PARTNER W PODRÓŻY

CZYTELNY PODPIS IMIENIEM I NAZWISKIEM UPRAWNIONEGO

DATA PODPISANIA

MIEJSCE PODPISANIA

OPIS OKOLICZNOŚCI, POSTAWIONEGO ROZPOZNANIA I PRZEBIEG ZDARZENIA OBJĘTEGO UBEZPIECZENIEM

1. MIEJSCE ZDARZENIA ADRES, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ:

2. ROZPOZNANIE, RODZAJ, PRZEBIEG ORAZ PRZYCZYNA ZDARZENIA:

3. DATA WYSTĄPIENIA PIERWSZYCH OBJAWÓW ZACHOROWANIA:

4. DATA PIERWSZEGO ZGŁOSZENIA DO LEKARZA W ZWIĄZKU Z CHOROBA:

(PROSIMY O PODANIE NAZWY, ADRESU PLACÓWKI MEDYCZNEJ ORAZ ZAŁĄCZENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ POTWIERDZAJĄCEJ PIERWSZE ZGŁOSZENIE)

5. DATA PIERWSZEGO ROZPOZNANIA CHOROBY:

(PROSIMY O PODANIE NAZWY, ADRESU PLACÓWKI MEDYCZNEJ ORAZ ZAŁĄCZENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ POTWIERDZAJĄCEJ PIERWSZE ROZPOZNANIE)

6. PROSIMY O PODANIE NAZW ORAZ ADRESÓW PLACÓWEK MEDYCZNYCH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ (LEKARZA RODZINNEGO, PRZYCHODNI REJONOWEJ) ORAZ PORADNI SPECJALISTYCZNYCH, PLACÓWEK KIERUJĄCYCH DO SZPITALA ORAZ PLACÓWEK DOCELOWYCH, W KTÓRYCH PROWADZONO LECZENIE W ZWIĄZKU ZE ZDARZENIEM.

7. NAZWA WYKONYWANEGO ZAWODU:

PUNKTY OD 8 DO 12 NALEŻY WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU UBIEGANIA SIĘ O ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU:

TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY, UBEZPIECZENIE SKŁADKI

8. CZY W ZWIĄZKU ZE ZDARZENIEM POWSTAŁA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY?

TAK* NIE

*JEŻELI TAK, PROSIMY O KOPIĘ DECYZJI ZUS, KRUS ORAZ DRUKÓW ZWOLNIENIA LEKARSKIEGO ZUS ZŁA, JAK DŁUGO TRWAŁA:

OD .. DO .. ORAZ JAKIE SĄ ROKOWANIA LEKARZY DOTYCZĄCEJ ZAKOŃCZENIA:

LECZENIE SZPITALNE, HOSPITALIZACJA

9. CZY W ZWIĄZKU Z WYPADKIEM POSZKODOWANY ZOSTAŁ PODDANY LECZENIU SZPITALNEMU?

TAK* NIE

*JEŻELI TAK, PROSIMY O ZAŁĄCZENIE KOPII KART INFORMACYJNYCH ZE SZPITALA.

10. POBYT MIAŁ MIEJSCE: W POLSCE ZA GRANICĄ*

*JEŻELI ZA GRANICĄ, PROSIMY O PODANIE: DATA WYJAZDU Z POLSKI .. DATA POWROTU ..

11. DATY POBYTU ORAZ NAZWY I ADRESY PLACÓWEK MEDYCZNYCH:

OD . . GODZINA : DO . .

OD . . GODZINA : DO . .

OD . . GODZINA : DO . .

OD . . GODZINA : DO . .

12. CZY W TRAKCIE POBYTU W SZPITALU PRZEPROWADZANO OPERACJĘ CHIRURGICZNĄ?

TAK NIE

UPOWAŻNIAM SPÓŁKĘ AVIVA TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE SA / AVIVA TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ OGÓLNYCH SA* (* NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ) Z SIEDZIBĄ W WARSZAWIE, PRZY UL. PROSTEJ 70, DO ZASIĘGANIA W ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ U LEKARZY, Z KTÓRYCH USŁUG KORZYSTAM LUB KORZYSTAŁEM, INFORMACJI DOTYCZĄCYCH MOJEGO STANU ZDROWIA, W TYM UDOSTĘPNIANIA KOPII DOKUMENTACJI, WERYFIKACJI PODANYCH PRZEZ MNIĘ DANYCH ORAZ O INNYCH OKOLICZNOŚCIACH ZWIĄZANYCH Z USTALENIEM PRAWA DO ŚWIADCZEŃ Z TYTUŁU UMOWY UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚCI TYCH ŚWIADCZEŃ, Z WYŁĄCZENIEM BADAŃ GENETYCZNYCH Z PRZYCZYN UZASADNIONYCH TREŚCIĄ STOSUNKU UBEZPIECZENIOWEGO.

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ PRAWDZIWE, ZGODNE Z MOJĄ WIEDZĄ I ZOSTAŁY PRZEKAZANE W DOBREJ WIERZE

CZYTELNY PODPIS IMIENIEM I NAZWISKIEM UPRAWNIONEGO

DATA PODPISANIA

. .

MIEJSCE PODPISANIA

WYMAGANE DOKUMENTY

- oryginał lub poświadczona za zgodność z oryginałem kopia kart wypisowych ze szpitala oraz skierowań do szpitala
- kopia pełnej dokumentacji medycznej od momentu zdarzenia do chwili obecnej
- kopia dokumentu tożsamości Uprawnionego oraz, w stosunku do Uprawnionych nie posiadających pełnej zdolności do czynności prawnych, jego opiekuna prawnego
- adresy placówek medycznych, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pod których opieką Poszkodowany pozostawał przed ubezpieczeniem oraz przed zdarzeniem
- w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, ubezpieczenia składki - kopia decyzji ZUS, KRUS oraz druków zwolnienia lekarskiego ZUS ZLA
- w przypadku każdego typu poważnego zachorowania - kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej pierwsze rozpoznanie oraz adres placówki medycznej, w której pierwszy raz postawiono rozpoznanie poważnego zachorowania
- w przypadku poważnego zachorowania małżonka - oryginał lub kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa
- w przypadku hospitalizacji - kopia wyników badania histopatologicznego
- w przypadku zakażenia wirusem HIV - kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej pierwsze rozpoznanie zakażenia wirusem HIV
- w stosunku do Uprawnionych niepełnoletnich, gdy opiekunem nie jest rodzic - kopia prawomocnego postanowienia sądowego o ustanowieniu opiekuna prawnego lub kuratora
- inne dokumenty indywidualnie wskazane przez pracownika odpowiedzialnego za rozpatrzenie roszczenia

W przypadku zlecenia wypłaty świadczenia na konto osoby lub instytucji innej niż Uprawnionego, obligatoryjnie powinno być ono poświadczane notarialnie za własnoręczność podpisu. Dla umów grupowego ubezpieczenia na życie uprawnienia do poświadczania posiada również Ubezpieczający.

Uprawnienia do poświadczania dokumentów za zgodność z oryginałem posiadają: Pośrednik ubezpieczeniowy oraz Broker współpracujący z Towarzystwem, osoby upoważnione w Biurach Regionalnych, Filiach, Oddziałach oraz Przedstawicielstwach Towarzystwa, notariusz, wystawca dokumentu oraz jednostki samorządu terytorialnego właściwe dla miejsca wydania dokumentu (Urząd Gminy, Urząd Miasta). W przypadku umów grupowego ubezpieczenia na życie uprawnienia do poświadczania posiada również Ubezpieczający.

Wszelkie dokumenty, których przekazanie Towarzystwu jest niezbędne, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego. Zagraniczne dokumenty dowodowe muszą być uwierzytelnione zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w razie ich braku - przez polską placówkę dyplomatyczną.